
DE L'ABLATION
DES
PETITS KYSTES DE L'OVAIRE
PAR LA VOIE VAGINALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Juillet 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE,

PAR

PAUL PONTIÉ

Né le 3 Mai 1870, à Murat (Cantal).

Ancien Interne à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1896

Série 1.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

N° 1216

DE L'ABLATION
DES
PETITS KYSTES DE L'OVAIRE
PAR LA VOIE VAGINALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Juillet 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

PAR

PAUL PONTIÉ

Né le 3 Mai 1870, à Murat (Cantal).

Ancien Interne à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1896

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. DOYEN.
LÉPINE. ASSESSUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.	FLORENCE
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER
Médecine opératoire.	POLLOSSON (MAURICE)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	BARD.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. ROCHET.	MM. BOYER.	MM. DOYON.
CONDAMIN.	ROLLET.	CURTILLET.	BARRAL.
COURMONT.	ROQUE.	VALLAS.	MOREAU.
DEVIC.	ROUX.	SIRAUD.	CAUSSE, chargé des
GANGOLPHE.	COLLET.	DURAND.	fonctions d'agréé.
POLLOSSON (Aug.)			

M. ETIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. LAROYENNE, Président ; M. GANGOLPHE, Assesseur ; MM. POLLOSSON (A.) et CONDAMIN Agreg.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A MON GRAND-ONCLE

Le Docteur F. ALBINAL

A la Mémoire de Messieurs :

RÉGIS GROUSSET

Directeur de l'Institution Chevallier

ET

CHARLES GROUSSET

Docteur en Médecine.

Mes Parents

A TOUS MES PARENTS ET AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545913_0028

INTRODUCTION

Dans ces dernières années, nous assistons à un véritable retour aux interventions par la voie vaginale dans les cas de tumeurs des annexes : il semble que nous voyons se produire en ce moment une réaction contre la laparotomie à outrance, au moins pour certains cas où l'incision vaginale est aussi efficace, tout en présentant moins de dangers. Cette pratique est depuis longtemps en usage à Lyon, dans le service de M. le professeur Laroyenne.

Il nous a paru que, en présence de petits kystes de l'ovaire, mobiles et facilement abordables par l'un des culs-de-sac vaginaux antérieur ou postérieur, on pourrait rationnellement songer à leur extirpation par cette voie : l'ovariotomie vaginale étant aussi radicale et peut-être plus avantageuse pour les malades que l'ovariotomie par laparotomie.

Nous avons divisé notre modeste travail en six chapitres.

Dans le premier nous faisons l'historique de l'ovariotomie vaginale.

Dans le deuxième nous exposons les critiques qu'on lui a adressées tout en les discutant.

Dans le troisième nous montrons les avantages que peut fournir la voie vaginale.

Dans le quatrième nous donnons un court résumé du diagnostic des kystes de l'ovaire au début de leur évolution.

Dans le cinquième nous exposons les divers procédés opératoires.

Enfin dans le sixième nous formulons quelques conclusions qui semblent résumer l'ensemble de notre étude.

A la fin de notre thèse nous ajoutons un certain nombre d'observations, les unes inédites, les autres déjà publiées dans divers travaux que nous citerons à mesure.

Nous sommes heureux d'adresser, au début de ces pages, nos respectueux remerciements à M. le professeur Laroyenne pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Qu'il nous soit permis d'offrir aussi à notre maître, M. le professeur Teissier, l'hommage de notre profonde gratitude pour la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli et les conseils si éclairés qu'il nous a prodigués pendant le cours de nos études médicales.

A M. le professeur agrégé Condamin, qui nous a inspiré le sujet de notre travail et qui nous a si aimablement accordé l'appui de sa savante expérience, nous adressons également le témoignage de notre vive reconnaissance; nous nous souviendrons toujours de ses égards pour nous.

Nous n'aurions garde d'oublier aussi MM. les professeurs Bousquet et Planchard, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand. Qu'ils reçoivent ici tous nos remerciements.

DE L'ABLATION
DES
PETITS KYSTES DE L'OVAIRE
PAR LA VOIE VAGINALE

HISTORIQUE

D'après Goodell, ce fut Atlee qui en 1857 fit la première ovariectomie vaginale.

Mais la première observation publiée fut celle de Gaillard Thomas. Il s'agissait d'une dame S., multipare, qui avait derrière l'utérus un petit kyste mobile, occupant entièrement le cul-de-sac de Douglas, dans la station debout. L'opération eut lieu le 6 février 1870. Gaillard Thomas sectionne successivement la paroi vaginale et le péritoine du cul-de-sac postérieur. La tumeur facilement abordable est saisie avec un tenaculum, ponctionnée et abaissée sans difficulté dans le vagin. Le pédicule lié et sectionné, le chirurgien américain suture les lèvres de la plaie au fil d'argent. Le tout avait duré trente-cinq minutes, et treize jours après, la malade était hors de danger, malgré une légère poussée de pelvipéritonite.

A la suite de ce succès, Gaillard Thomas établit d'une façon précise le manuel opératoire de l'ovariectomie par la

voie vaginale et déclara que lorsque la tumeur est petite et mobile et qu'elle est profondément située dans le cul-de-sac de Douglas, l'incision vaginale peut offrir une ressource précieuse.

En 1872, Davis opéra également, avec succès, un kyste du poids de 9 livres. Il avait pratiqué dans le cul-de-sac postérieur une incision longue de 4 pouces.

Enhardi par le succès de Gaillard Thomas, Gilmore, de Mobile, enleva de cette façon un kyste de l'ovaire, parfaitement libre et du volume d'une petite orange. La malade avait quarante-huit ans, l'incision fut faite sur la paroi postérieure du vagin. L'opération eut lieu le 6 septembre 1873, et le 1^{er} octobre la guérison était complète.

En 1876, Wing de Boston opéra un kyste de l'ovaire de la grosseur d'une orange ; les suites furent également heureuses.

La même année, Goodell fit cette opération plusieurs fois avec succès. Puis Marion Sims, publia quatre cas heureux de castration ovarique par la voie vaginale.

Comme on le voit, jusqu'à cette époque cette opération n'avait pas été tentée en France. En 1879, le professeur Duplay, résumant ainsi les idées du temps, écrivait : « Je repousse formellement l'opération précoce et ne considère l'ovariotomie comme indiquée, que lorsque le kyste est devenu par son volume un motif de gêne excessive pour les malades, ou, par les accidents locaux et généraux, qu'il détermine une cause immédiate de dangers pour la vie. » D'après cela, il est facile de comprendre qu'on ne pouvait penser à l'ovariotomie vaginale, étant données la grosseur du kyste, sa situation et ses adhérences.

En Allemagne, Hégar et Kaltenbach, Olshaussen, critiquaient l'opération mais sans l'appliquer et sans lui reconnaître aucun grand avantage ; nous verrons plus loin les reproches qu'ils lui adressent.

Depuis 1880, il a paru que dans un petit nombre de cas, bien définis, l'incision vaginale pouvait rendre de grands services. Depuis lors il s'est produit une sorte de réaction en faveur de ce mode opératoire.

Byfford, en Amérique, publie en 1888 une série de douze observations, d'ovariotomies par la voie vaginale, toutes suivies de succès : et déjà en France M. Bouilly en avait relaté un cas dans la thèse de son élève Vallin (1887). En Allemagne, Martin employait également l'incision vaginale à cette époque.

En 1889, Picqué, ayant pratiqué trois fois, par la voie vaginale, l'ablation de petits ovaires kystiques et reconnaissant que l'opération était facile, peu dangereuse et présentait dans certains cas de réels avantages, inspira la thèse de son élève Bonnetaze. Ce travail est le résumé de tout ce qui avait été publié sur cette question jusqu'à cette époque. Aussi lui ferons-nous de nombreux emprunts.

En 1894, lors du Congrès de Chirurgie de Lyon, le professeur agrégé Segond, dans sa communication sur « l'hystérectomie vaginale dans l'ablation de certaines tumeurs des annexes », reconnaît que l'ovariotomie vaginale, en tant que tumeur ovarienne, est possible et parfois même indiquée, puisqu'il l'a lui-même pratiquée avec succès ; mais il voudrait que l'on fit en même temps l'ablation de l'utérus pour rendre la voie plus facile. Nous reviendrons sur cette question dans le chapitre suivant.

La même année, Jacobs publie un cas dans lequel il a pu sans accident et sans provoquer d'avortement, enlever par le vagin un kyste de l'ovaire volumineux sur une femme enceinte.

Quelques mois après, Gersuny de Vienne emploie également la voie vaginale.

En 1895, Lwoff enlève de la même manière un kyste volumineux et suppuré et il termine sa publication en disant que si le kyste se trouve tout entier dans le petit bassin, même lorsque son volume égale celui d'une tête de fœtus, on peut l'énucléer tout entier par le vagin. Il a employé ce procédé toujours avec succès dans plus de cinquante cas et cite à l'appui d'autres observations de Neüloff et Iastreboff.

Au VI^e Congrès de Gynécologie allemande (Vienne, juin 1895), Dührssen présente une série de soixante-quatre cas de coélotomie vaginale antérieure pratiquée pour les lésions les plus diverses des annexes et entre autres pour de petits kystes de l'ovaire. Un mois après, Mackenrodt publiait une nouvelle série et, cette année, Martin avait employé dix fois la voie vaginale pour des lésions de l'ovaire.

Au mois de mars de cette année, Bümm, de Bâle, fait paraître une série de cinq observations d'ovariotomie vaginale. Chaque fois l'opération a pleinement réussi.

A ces observations traduites et résumées à la fin de notre thèse, nous en ajouterons cinq recueillies à Lyon. La première a déjà été publiée par M. Jaboulay, les quatre autres sont inédites et dues à l'obligeance de M. le professeur agrégé Condamin, de M. le D^r Fabre et de M. Denis, interne de la Maternité.

OBJECTIONS ET DISCUSSION

Hegar et Kaltenbach, les premiers, Olshaussen ensuite, s'attachèrent à montrer les inconvénients de l'ovariotomie vaginale. Sans être absolument mauvaise, elle ne présente d'après eux aucun grand avantage et, de plus, elle est d'une application trop limitée. Les principaux arguments invoqués par eux et depuis lors sont au nombre de cinq : nous les passerons successivement en revue tout en les discutant :

Ce sont :

- 1° Le peu d'étendue du champ opératoire.
- 2° Le grand danger des lésions de voisinage.
- 3° Les difficultés pour la ligature du pédicule.
- 4° La difficulté de l'hémostase.
- 5° La difficulté d'obtenir une asepsie rigoureuse du vagin et l'infection possible de la plaie par les sécrétions vaginales.

1° *Le peu d'étendue du champ opératoire.* — Sans

doute la laparotomie est plus avantageuse sur ce point-là : cependant sans même avoir recours à l'hystérectomie, comme le voudrait Segond, la voie vaginale n'est pas aussi malaisée qu'on a bien voulu le dire. Il s'agit, bien entendu, d'un kysté dont le volume ne dépasse pas celui d'une tête de fœtus. Par le toucher vaginal et le palper abdominal combinés, on s'est bien assuré qu'il est mobile, libre de toute adhérence et qu'il est accessible par l'un des culs-de-sac vaginaux, qu'il est en somme profondément situé dans le petit bassin.

Si on a affaire à une vierge, l'incision préalable de l'hymen et même de l'orifice vaginal comme cela se pratique en obstétrique pourra être utile : mais ces cas sont très rares et rendent l'opération très laborieuse.

Mais chez les femmes non vierges, et surtout chez celles qui ont eu des enfants, l'élasticité des parois du vagin est très grande et on peut la mettre en jeu sans préjudice pour l'opérée.

Si les culs-de-sac sont trop éloignés, il est facile de diminuer la longueur du canal vaginal en abaissant l'utérus, abaissement qui facilite l'accès de ces culs-de-sac. Enfin au moyen d'écarteurs, on distend les parois latérales du vagin.

S'étant ainsi préparé la voie, il sera commode au moyen d'une incision appropriée d'aborder la tumeur, de la délimiter très nettement avec les doigts, de voir si elle est entièrement libre et, dans le cas contraire, de rompre les adhérences.

M. Segond, avons-nous dit plus haut, tout en reconnaissant que l'ovariotomie vaginale, en cas de kyste de l'ovaire est possible, parfois même indiquée, trouve que

sans l'ablation de l'utérus, l'opération est plus sérieuse qu'elle ne paraît. « L'utérus restant en place, dit M. Segond, la brèche d'accès est forcément restreinte, on est gêné dans ses manœuvres, le moindre accident opératoire, tel que la rupture d'une poche à contenu septique, nous laisse sans défense, et pour peu que le kyste soit un peu gros ou le cas difficile, on se trouve dans des conditions trop défavorables. »

Il faut donc, d'après lui, enlever l'utérus pour pouvoir aborder ensuite l'ovaire dégénéré et il fait suivre sa publication d'une série de onze observations. Dans presque tous ces cas, il s'agit de tumeurs suppurées, ou trop volumineuses, ou compliquées de lésions déjà anciennes des trompes, adhérentes pour la plupart et il va sans dire que l'incision vaginale seule ne serait pas de mise.

La brèche est restreinte, dit M. Segond, mais M. Gouiloud, dans plusieurs cas, a bien montré que l'incision transversale du cul-de-sac postérieur pouvait être portée à 8 centimètres : avec une incision ou un débridement de 6 centimètres seulement, il est facile d'introduire au moins deux doigts et de travailler en s'aidant de l'autre main qui vient, à travers la paroi abdominale, présenter les organes un peu élevés aux doigts qui travaillent au décollement, à la décortication de la tumeur. L'opération est donc relativement facile et sans danger et si l'on sait se donner tout le jour possible au fond du carrefour vaginal, on pourra se passer de l'hystérectomie. Cette dernière ne fait donc que compliquer l'ovariotomie vaginale et lui enlève de sa bénignité.

Depuis cette publication de M. Segond, le manuel opératoire s'est encore enrichi d'un nouveau procédé : c'est

la coélotomie vaginale antérieure de Dührssen et Mackenrodt. On ouvre le cul-de-sac antérieur et à travers la brèche péritonéo-vaginale on abaisse le fond de l'utérus jusqu'à la vulve : la voie est ainsi largement ouverte et on n'a plus rien à craindre de ce côté-là.

2° *Le grand danger des lésions de voisinage.* — On a surtout voulu parler de la vessie et du rectum ; ce sont des faits exceptionnels. Il nous semble même qu'à ce point de vue, l'incision vaginale offre plus de sécurité que la laparatomie. Le champ opératoire est absolument libre par la voie vaginale, rien ne vient l'obstruer, et le chirurgien peut sans crainte pénétrer dans la cavité pelvienne.

Dans les observations que nous avons réunies, une fois seulement un fragment d'épiploon masquait la tumeur, lui adhérait : il fut facile de le détacher et de le repousser dans la cavité : mais la lésion de cet organe par elle-même ne présente aucun danger ; il est facile d'en réséquer une portion après ligature pour éviter toute hémorragie.

Dans ce travail, nous n'avons en vue que l'ablation des petits kystes de l'ovaire. Aussi nous ne nous arrêterons pas à la rupture des adhérences ni aux lésions et dangers qu'elles peuvent faire encourir à l'opérée. En effet, vu le volume et le peu d'ancienneté du kyste, les adhérences n'ont pas eu le temps de se former et si, par hasard, il en existe, elles sont encore peu résistantes.

Enfin l'emploi des valves, surtout pour la paroi antérieure du vagin, permet en isolant et en refoulant la vessie d'éloigner tout danger de ce côté-là.

3° *Ligature du pédicule.* — C'est l'une des plus graves

objections que l'on puisse faire à l'ovariotomie vaginale. De ce côté-là, en effet, les difficultés peuvent être grandes sans être cependant insurmontables.

Le pédicule peut glisser entre les doigts, remonter dans la cavité abdominale et nécessiter de nombreuses et laborieuses recherches pour être saisi de nouveau et lié. Il nous semble qu'en agissant avec dextérité, calme et beaucoup de patience, comme le veut M. Segond, on peut éviter cette faute. En effet, dès que l'incision du vagin et du péritoine a permis d'aborder la tumeur, de la ponctionner et de l'attirer avec précaution à travers l'orifice de la plaie, il est facile de saisir le pédicule dans les mors d'une longue pince et de placer un fil au-dessus, aussi loin que possible avant de sectionner.

Il nous semble même que si la profondeur où l'on opère rendait cette ligature impossible, il serait rationnel de laisser la pince à demeure, pendant quarante-huit heures. Dans un cas, Wing de Boston laissa rentrer le pédicule sans ligature et sa malade n'éprouva qu'une très légère hémorragie.

Nous pouvons dire encore que dans l'ovariotomie abdominale, avec une incision des parois de 6 à 8 centimètres, le chirurgien voit moins clair dans son opération. Le kyste est profondément situé dans le cul-de-sac de Douglas ; il est peu volumineux, mobile et caché par les organes du petit bassin ; le pédicule peut bien être attiré au dehors : mais la partie qui s'offre à la vue est toujours moins étendue que lorsqu'on opère par la voie vaginale. Sans doute on peut agrandir l'incision abdominale, mais alors on expose encore davantage la malade à la hernie ventrale.

4° *Difficultés de l'hémostase.* — D'où peut venir l'hémorragie ?

- 1° Des adhérences ;
- 2° Du pédicule ;
- 3° De l'incision.

Les adhérences sont très rares dans notre cas ; une seule fois on a dû laisser des pinces à demeure.

Le pédicule, s'il a été saisi dans une pince et soigneusement lié avant la section, ne doit pas saigner.

L'incision seule de la paroi vaginale et du péritoine peut donner une hémorragie appréciable.

Mais même dans ce cas, on n'est pas désarmé : on suturera l'une à l'autre les lèvres des incisions vaginale et péritonéale pour éviter l'hémorragie, et si elle se produit après cela, les pinces à demeure, le tamponnement à la gaze iodoformée, l'injection d'eau chaude à 50 degrés, sont des moyens suffisants pour l'arrêter.

En somme, l'hémorragie n'est qu'une complication rare de l'ovariotomie vaginale et, lorsqu'elle a lieu, elle ne fait pas courir de grands dangers à la malade, car on a sous la main tout ce qu'il faut pour la combattre.

5° *La voie vaginale* se prête peu à l'asepsie et, de plus, on a à redouter l'infection de la plaie par les sécrétions vaginales.

Il nous est facile de répondre à cette dernière objection, car aujourd'hui les opérations pratiquées sur cette région sont nombreuses et donnent d'excellents résultats. Le premier exemple nous est fourni par la pratique obstétricale.

L'amputation du col, l'hystérectomie vaginale, la cas-

tration totale par la voie vaginale : les statistiques de MM. Péan et Segond relatives à ces opérations montrent bien que l'on peut agir aussi aseptiquement par l'incision vaginale que par la laparotomie.

Après l'opération, la position déclive de la région et de l'incision, la facilité de faire des lavages, de les pousser jusque dans le petit bassin et de faire ressortir le liquide introduit sans qu'il en reste rien dans la cavité, sont autant d'avantages qu'il ne faut pas négliger. Si on n'a pas suturé les lèvres de la plaie, si pour une raison quelconque, on redoute l'infection, une éponge placée à cheval sur la plaie suffira à l'écoulement des liquides de la cavité; le drainage y sera donc facile.

Si le kyste était suppuré comme dans le cas de Lewoff, la voie vaginale rendrait par cela même de grands services.

Enfin après l'opération, les lavages vaginaux, les tampons de gaze iodoformée opposeront une barrière suffisante à l'infection de la plaie.

AVANTAGES

Nous venons d'exposer, tout en les réfutant, les critiques que l'on a adressées à l'ovariotomie vaginale ; dans ce chapitre, nous allons voir les avantages qu'elle présente. Notre but n'est pas d'établir ici un parallèle entre la laparotomie et l'incision vaginale. La laparotomie est en effet l'opération de choix pour les grosses tumeurs de l'ovaire, même lorsque celles-ci, quoique peu volumineuses, sont adhérentes ; elle a trop fait ses preuves aujourd'hui et donné de trop beaux résultats depuis la découverte de l'antisepsie, son manuel opératoire est devenu aussi parfait que possible et nous n'avons jamais eu la prétention de vouloir la remplacer par la coélotomie vaginale. Nous nous proposons simplement de montrer les bénéfices que l'on peut retirer de la voie vaginale, l'avantage qu'il y a pour la malade d'être débarrassée d'un kyste au début de son évolution par une intervention à la fois rapide et peu dangereuse par elle-même. Les travaux publiés depuis peu par Dührssen, Mackernodt et Martin en sont la meilleure preuve.

Le kyste est encore de petit volume, la malade est en bon état, sa tumeur ne lui ayant pas encore fait subir grand dommage. Les malades ne se plaignent pour la plupart à cette période que de légères douleurs dans les lombes, ou de quelques troubles soit vers le rectum, soit vers la vessie, suivant la situation du kyste. Faite à ce moment-là, l'opération leur évite tous les symptômes et inconvénients qu'entraîne à sa suite le développement du néoplasme.

La règle est en effet aujourd'hui d'enlever un kyste de l'ovaire dès qu'on l'a diagnostiqué.

La malade se trouve donc de ce fait dans les meilleures conditions de résistance : de plus, l'ovariotomie vaginale, tout en étant aussi radicale est bien moins sérieuse et dangereuse pour l'opérée ; comme l'a si bien dit Segond. « Toutes choses égales d'ailleurs, le coefficient traumatique d'une intervention vaginale est toujours inférieur à celui d'une laparotomie. »

Après l'ovariotomie vaginale, la malade n'est pas exposée aux inconvénients et aux complications qui peuvent résulter d'une incision abdominale, aussi minime qu'elle soit. Immédiates ou éloignées, même lorsque l'opération a pleinement réussi, ces complications exposent l'opérée, soit à une mort rapide si on n'intervient pas de nouveau et promptement, soit aux chances d'une deuxième opération aussi grave que la première : nous voulons parler de l'occlusion intestinale et de la hernie ventrale, suites de laparatomie.

Occlusion intestinale. — Les accidents intestinaux peuvent être légers, bénins, mais parfois on assiste à une

véritable occlusion intestinale à marche progressive et peu à peu, vers le 8^e, 9^e ou 10^e jour, la malade succombe au milieu de tous les symptômes qui caractérisent l'état péritonéal. Ces cas d'occlusion intestinale sont bien plus fréquents qu'on ne le pense ; ils ne sont bien connus que depuis fort peu de temps, et encore les travaux publiés sur ce sujet, sont-ils peu nombreux.

La première observation est due à Spencer Wells (1860) : puis un peu plus tard parut celle de Kœberlé (1866).

En 1888 paraît la thèse de Collas qui est un résumé de la question. Depuis lors les travaux se sont multipliés : Lindenmann publie deux cas d'invagination intestinale après laparotomie (1892) ; la même année, le Dr Adenot en relate un nouveau fait. Il s'agissait d'une femme de trente-cinq ans, qui fut opérée en 1888 d'un kyste de l'ovaire ; quarante huit heures après la laparotomie, la malade ne rend pas de gaz par le rectum, l'abdomen est ballonné, elle a des vomissements et meurt le 7^e jour. A l'autopsie, on trouva le côlon transverse très dilaté, le côlon descendant, ratatiné, le rectum vide de matières et de gaz. Il y avait un angle très aigu au niveau du coude gauche qui réunit ces deux portions du côlon. Dans cet angle s'étaient emboîtées des anses intestinales dilatées, déterminant une pression forte sur l'angle cœlique.

Le dernier mémoire publié sur la question est la thèse du Dr Tuja (1894). On y trouve de nombreuses observations. Son auteur reconnaît que l'occlusion intestinale, à la suite de laparotomie est le plus souvent due à des adhérences avec des surfaces cruentées.

L'intestin contracte une adhérence avec un pédicule,

avec un lambeau d'épiploon ou toute autre région avivée. Il se trouve ainsi dévié ou déplacé et cette situation nouvelle entraîne la production d'une coudure, coudure qui atteindra son maximum avec le travail de cicatrisation qui s'effectuera entre les points en contact.

D'autres fois l'étranglement est produit par des brides cicatricielles comme Goldsmith en a relaté un cas survenu dix ans après une laparotomie.

Enfin la position vicieuse de l'intestin pourra déterminer le même phénomène comme dans l'observation du D^r Adenot.

Hernie ventrale. — Cette complication est, peut-être, encore plus fréquente que l'occlusion intestinale après la laparotomie ; elle a lieu même plus souvent qu'on a bien voulu le dire.

Spencer Wells n'en parle pas, ou tout au moins il n'admet pas que la cicatrice ventrale puisse se dilater si les sutures ont été suffisamment serrées. Emmet et West n'en disent rien, Koeberlé non plus.

Le Bec, dans son étude sur les conséquences éloignées de l'ovariotomie, note l'existence de la hernie et ajoute qu'elle n'est pas très rare. Reynier, dans sa thèse parue en 1879, place l'ovariotomie au nombre des causes de la hernie ventrale. En 1888, Martinetti cite un cas d'événtration à la suite de laparotomie et la même année Chrobak, de Vienne, raconte qu'ayant fait la castration abdominale pour un ovaire douloureux, la malade revenait un an après avec un écart des muscles droits, de 12 centimètres de long sur 9 de large. Il termine son

observation en disant que dans la pathogénie de la hernie ventrale, la laparotomie occupe le premier rang.

Gusserow pense que les éventrations sont très fréquentes après la laparotomie : Simon en a vu deux cas et Gill Wyllie en publie cinq observations.

Hégar et Kaltenbach sont plus explicites. D'après eux, « la hernie abdominale se produisant au niveau de la cicatrice, surtout à son angle inférieur, constitue chez beaucoup de femmes une infirmité très fatigante. Ces hernies nous paraissent plus fréquentes que les faits épars publiés par les observateurs ne le laisseraient croire.

« Nous les avons vues se produire quand la cicatrice est courte et solide, même après le port d'un bandage muni de pelotes et de sous-cuisses. La hernie peut prendre un volume considérable, celui d'une tête d'enfant chez les femmes de la classe ouvrière, et après une grossesse, et cela à cause de la distension des muscles droits et de l'amincissement de la peau. »

Le premier sujet paru en France est la thèse de Wertheimer (1888), mais elle ne renferme qu'un petit nombre d'observations.

En 1892, le Dr Gouilloud publie un mémoire sur l'éventration opératoire; les derniers travaux parus depuis sont : la thèse d'Overthün et celle de Bonavita.

Overthün cite trois observations très intéressantes. La première a trait à une femme de vingt-trois ans qui fut opérée d'un kyste de l'ovaire par laparotomie et qui partait guérie cinq semaines après; mais au bout de quatre mois elle venait solliciter une nouvelle intervention pour une hernie ventrale compliquée de douleurs abdominales.

La deuxième malade, âgée de vingt-sept ans, laparo-

tomisée le 27 janvier 1888, avait eu depuis lors deux fausses couches et deux grossesses normales : elle revenait le 4 décembre 1893; au-dessous de l'ombilic, sur la cicatrice, on voyait une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, au-dessous de laquelle se trouvaient encore deux endroits amincis.

Enfin, dans la dernière observation, il s'agit d'une femme qui fut laparotomisée en 1892 et qui présentait un an plus tard, une hernie ventrale de la grosseur du poing.

Bonavita publie également trois observations de hernie ventrale.

Après la laparotomie, les malades sont obligées de porter une ceinture ou un bandage abdominal, ce qui est encore un grand inconvénient : enfin la plaie, aussi habilement qu'on l'ait réunie, laisse toujours après elle une trace, une cicatrice indélébile, chose très ennuyeuse, surtout si la femme est jeune.

La voie vaginale ne présente aucun de ces inconvénients et, de plus, lorsque le kyste est suppuré, on peut mieux éviter la dispersion des éléments infectieux dans les régions supérieures de la cavité abdominale, et les liquides septiques qui ont pénétré dans la cavité du petit bassin s'écoulent commodément par l'incision du vagin. Nous avons vu, en effet, que par sa situation, par sa position déclive, le vagin se prête fort bien au drainage et qu'il est facile de faire le lavage de la plaie et même de la cavité, sans qu'après l'injection on ait à redouter le séjour du liquide antiseptique dans son intérieur.

En maintenant les plaies entr'ouvertes, au moyen d'une éponge comme cela se fait dans le service de M. le professeur Laroyenne, ou simplement d'une mèche de gaze

iodoformée, qui ont l'avantage en même temps de servir de drain, on peut faire commodément ces lavages.

Enfin l'opération est de courte durée et la malade se rétablit plus promptement.

Tels sont les avantages que nous semble fournir la voie vaginale et nous croyons qu'avec les nouvelles modifications apportées au manuel opératoire par les chirurgiens allemands, elle est appelée à rendre de grands services.

DIAGNOSTIC

Avant d'aborder la question du manuel opératoire, il nous paraît utile de dire quelques mots sur le diagnostic des petis kystes de l'ovaire : ce diagnostic est en effet très délicat et le plus souvent il ne se fait qu'au moment de l'intervention.

Au début de son évolution, un kyste de l'ovaire n'a pas de symptômes pathognomoniques, un grand nombre de tumeurs abdominales donnent lieu aux mêmes phénomènes. La malade se plaint bien parfois d'une douleur sourde, vague, d'une sorte de tiraillement dans la région lombaire, mais même lorsque le kyste a le volume du poing, on peut être très hésitant. A ce moment, on trouve de préférence le kyste dans deux régions différentes ; dans la région abdominale, ou bien sur les côtés de l'utérus et surtout dans le cul-de-sac de Douglas.

Dans le premier cas, il est mobile dans tous les sens, donne par la palpation abdominale la sensation d'une tumeur molle qui fuit sous le doigt explorateur avec la plus grande facilité : mais alors rien ne peut le faire

distinguer d'un kyste tubaire : cependant d'après Schültze, ce diagnostic serait possible en combinant le palper abdominal au toucher vaginal.

Ordinairement le kyste se trouve sur un des côtés de l'utérus, plus souvent en arrière qu'en avant, il plonge dans le cul-de-sac de Douglas : on a alors, la sensation d'une tumeur arrondie, bien délimitable qui est en rapport avec l'utérus qu'elle sépare du rectum.

L'ovaire kystique est en général indolore, moins dur que les tumeurs que l'on trouve dans cette région ; c'est en effet une tumeur molle, rénitente, élastique ; elle ne résiste pas sous le doigt, elle tend à fuir sous lui car elle est en général très mobile.

Le diagnostic avec un kyste du ligament large est très malaisé, autant dire impossible.

D'après Schroeder, il est assez facile de distinguer un kyste de l'ovaire d'une tumeur des trompes, surtout d'un hydro-salpinx : en général, la trompe est distendue sur une longueur plus considérable, elle offre la sensation d'un corps en forme de boudin ; elle est allongée et s'amincit à mesure qu'on arrive plus près de l'utérus ; d'autre fois on a un chapelet de petites tumeurs l'une à côté de l'autre.

Les fibromes sous-péritonéaux se déplacent facilement aussi, mais leur pédicule est plus court et, de plus, leur dureté, leur évolution, mettront sur la voie du diagnostic.

Les exsudats paramétritiques n'ont jamais la mobilité du kyste.

Les exsudats intrapéritonéaux ne sont ni nettement circonscrits, ni arrondis, ni facilement déplaçables ou

mobiles; l'exsudat est mollassé, pâteux au toucher, le kyste est élastique ou fluctuant.

Cependant si le kyste, après avoir contracté des adhérences dans le cul-de-sac de Douglas, continue à s'y développer, en provoquant des phénomènes réactionnels, le diagnostic devient alors très délicat, et on pourrait penser, soit à un exsudat intra-péritonéal enkysté dans le cul-de-sac de Douglas, mais dans ce cas on a de la fièvre, la tumeur est très diffuse et elle n'a pas la marche chronique du kyste : soit à une hématocele rétro-utérine, mais elle a un début trop brusque, trop violent; soit enfin à un fibrome utérin incarcéré, et, dans ce cas, la ponction exploratrice seule, faite aussi aseptiquement que possible, permettra sans danger de faire le diagnostic.

En somme, chaque fois que l'on se trouvera en présence d'une tumeur mobile, élastique, à évolution lente, ne provoquant ni fièvre ni douleur, située sur les côtés de la matrice et le plus souvent dans le Douglas, on pourra penser à un kyste de l'ovaire.

MANUEL OPÉRATOIRE

L'ovariotomie vaginale peut se faire de deux façons : par l'incision du cul de sac postérieur, c'est la coélotomie postérieure de Gaillard Thomas, Byfford et Picqué ; par l'incision du cul-de-sac antérieur, c'est la coélotomie antérieure de Dührssen, Mackenrodt et Martin.

a) *Coélotomie postérieure.* — C'est Gaillard Thomas qui, avons-nous dit, en établit le premier le manuel opératoire, mais c'est Byfford qui eut le mérite d'appliquer son procédé à un plus grand nombre de cas.

Ce dernier chirurgien a décrit avec beaucoup de détails son manuel opératoire ; l'utérus étant saisi sur son col avec une pince et abaissé, Byfford fait sur la paroi du cul-de-sac postérieur une incision longitudinale de 4 centimètres environ, puis il ouvre le péritoine avec des ciseaux. Cela fait, en introduisant progressivement les doigts dans la boutonnière vaginale, on parvient à l'agrandir considérablement sans qu'il y ait une hémorragie appréciable et

il n'est pas impossible qu'on puisse faire pénétrer quatre doigts dans la cavité péritonéale.

Dès qu'on sent la tumeur, on essaye de l'isoler, de la séparer de ses adhérences ; la main d'un assistant appuyant sur la paroi abdominale et refoulant la masse qu'il s'agit d'extirper rend un précieux service. On amène dans le vagin l'ovaire kystique. Mieux vaut se servir des doigts que des pinces qui néanmoins peuvent rendre des services. Les instruments qui ne déchirent pas trop les tissus sont préférables.

Le kyste abaissé dans le vagin, Byfford passait un fil et liait le pédicule, puis il suturait à la fois le péritoine et la paroi vaginale, ne préconisant le drainage que lorsqu'il trouvait du pus.

Bouilly fait aussi une incision longitudinale sur le cul-de-sac postérieur, mais il ne ferme pas la plaie.

Piqué, au contraire, préconise l'incision transversale du cul-de-sac postérieur ; le col étant abaissé, les écarteurs en place, il incise ; puis l'utérus ayant repris sa place, il introduit comme Byfford les doigts dans la plaie pour aller libérer le kyste, le ponctionner et l'attirer dans le vagin.

Dès qu'on a formé le pédicule, on assure l'hémostase en dedans et surtout en dehors avec des pinces à forcipressure. L'emploi de ces pinces facilite l'opération ; il était parfois difficile de lier le pédicule dans la profondeur, une pince est plus vite placée et peut être mise à une certaine hauteur. Les hémorragies provenant de l'utéro-ovarienne peuvent être plus aisément évitées. On se rendra maître des pertes de sang provenant soit des lèvres de l'incision soit d'un point de la surface dénudée : Piqué suture dans

ce but les lèvres de la plaie péritonéale avec celles de la plaie vaginale.

Des valves aident à mettre à nu le champ opératoire, à voir les lésions.

La plaie n'est pas fermée, les pinces à demeure servent à faire le drainage de la cavité péritonéale, avec une mèche de gaze iodoformée.

Dans l'observation de M. Jaboulay, c'est le cul-de-sac postérieur qui a été ouvert également; on laisse des pinces à demeure comme précédemment, sans faire de sutures.

Bûmm, dans ses cinq observations, a employé trois fois la voie postérieure et deux fois la voie antérieure.

b) *Cœliotomie vaginale antérieure.* — C'est Dührssen qui eut le mérite incontestable de montrer le parti que l'on pouvait tirer de l'incision vaginale antérieure. Voici comment il opère: il incise transversalement le vagin sur la face antérieure de l'utérus à quelque distance de l'orifice externe, il sépare la vessie de l'utérus, ouvre le cul-de-sac péritonéal et, à l'aide de tractions exercées soit avec des pinces, soit avec des fils de soie passés à travers la paroi antérieure de la matrice, il parvient à faire basculer le fond de l'utérus et à l'amener dans le vagin à travers l'ouverture vaginale. Quand il n'y a pas d'adhérences sérieuses, quand le kyste n'est pas trop gros, il est facile de le faire sortir à travers l'incision vaginale.

Mackenrodt a une autre incision, c'est une incision médiane qui commence au-dessous du tubercule antérieur de la colonne du vagin et qui descend sur la ligne médiane jusqu'à 1^{cm}50 environ de l'orifice externe du col. Cette incision longitudinale ne comprend que la

paroi vaginale. On sépare à droite et à gauche le vagin de la vessie et on crée ainsi deux volets vaginaux. Ceci fait, on attaque la plaie à sa partie inférieure, on passe sous la vessie et on la sépare de la face antérieure de l'utérus. On exécute avec précaution ce temps de l'opération. On ouvre le plus tôt possible le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin et on abaisse l'utérus soit en accrochant sa face antérieure avec des pinces, soit en passant des fils abaisseurs à travers la paroi utérine et sur la ligne médiane.

Une fois la brèche ainsi ouverte, le kyste est attiré au dehors, le pédicule lié et sectionné; puis l'utérus étant remis en place, on termine par la vagino-fixation.

L'incision longitudinale donne plus de jour que l'incision transversale, mais elle expose davantage à la blessure de la vessie.

L'incision de Mackenrodt facilite l'exploration et l'extirpation; l'incision de Dührssen menace moins le réservoir urinaire.

Pour Martin, la coélotomie antérieure est l'opération de choix. La paroi vaginale antérieure est bien plus courte que l'autre, d'où moins de chemin à parcourir pour arriver sur le corps de l'organe ou sur l'excavation vésico-utérine. Une fois le péritoine ouvert et le fond de l'utérus amené au dehors, il est possible de pratiquer l'examen visuel de l'espace de Douglas. Il suffit pour cela, une fois que la vessie est soulevée, d'appuyer sur la face postérieure de l'utérus au moyen d'un rétracteur introduit dans la plaie.

L'accès de la cavité pelvienne étant beaucoup plus grand, on peut y introduire la main entière ou tout au moins plusieurs doigts. Martin recommande de faire l'incision de la paroi vaginale aussi longue que possible, c'est-

à-dire de la conduire jusqu'au voisinage de l'orifice de l'urètre et autant que possible sans intéresser le canal.

L'incision vaginale antérieure, qu'elle soit longitudinale ou transversale, a donné d'excellents résultats entre les mains de ces divers auteurs; elle a été employée un très grand nombre de fois par Martin, notamment pour des kystes de l'ovaire. De parti pris ce chirurgien fait la coeliotomie antérieure, puis vagino-fixation au catgut: il n'a jamais éprouvé de grandes difficultés, soit du fait des adhérences, soit pour cause d'hémorragie (il n'a jamais eu de ligatures à placer); la voie ne lui ayant jamais paru trop étroite, il n'a jamais eu de peine à faire ou à lier le pédicule, et il la regarde comme destinée à donner d'excellents résultats dans l'avenir, car d'après lui cette opération n'a qu'un défaut, c'est sa nouveauté.

C'est à l'incision transversale de Dührssen que M. le professeur agrégé Condamin a eu recours dans les deux cas qu'il a bien voulu nous communiquer; dans la première observation on a abordé le kyste par la voie postérieure, dans la deuxième par le cul-de-sac antérieur. Nous résumons en quelques lignes le manuel opératoire employé par notre maître.

La malade étant endormie à l'éther, la cavité vaginale et la vulve soigneusement désinfectées et aseptiées, on saisit le col avec une pince de Museux et on abaisse l'utérus. M. Condamin fait alors une incision transversale sur la paroi antérieure du vagin au niveau de l'insertion de la muqueuse sur le col. Après ce premier temps de l'opération, on décolle aussi largement que possible la portion vésico-vaginale avec le doigt, jusqu'à ce que ce dernier arrive sur le kyste. Ce dernier est alors ponc-

tionné, puis le saisissant avec une pince après l'avoir parfaitement libéré avec les doigts, on l'attire dans la cavité vaginale par la brèche faite sur le cul-de-sac antérieur. On lie le pédicule aussi haut que possible avec un fil de soie, on le sectionne et on le laisse remonter dans le petit bassin.

Ceci fait, on songe à l'hémostase et au pansement. Bien que le sang qui s'écoule pendant et après l'opération soit ordinairement d'assez minime quantité, il vaut mieux ne pas exposer la malade à une hémorragie qui pourrait avoir pour elle les plus graves conséquences.

Dans ce but, M. Condamin introduit, avec une pince, une éponge enduite de pétrovaseline iodoformée. Cette éponge est placée à cheval sur la plaie qui n'est pas suturée. Ainsi fixée, cette éponge exerce une compression, un tamponnement suffisant et assure l'hémostase.

De plus, par son imbibition de pétrovaseline iodoformée, elle remplit l'office d'un pansement aussi antiseptique que possible.

En ne suturant pas la plaie, en y fixant au contraire une éponge, on évite la réunion trop hâtive ; on peut faire ainsi plusieurs pansements consécutifs.

Cette éponge est laissée en place ordinairement deux ou trois jours, et alors si la température, l'état de l'opérée, indiquent que tout va bien, que l'on n'a plus à craindre d'infection, on la remplace par une mèche de gaze iodoformée et on laisse la plaie se refermer petit à petit.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Byfford (*in* thèse Bonnecaze).

Ovaires kystiques.

M^{me} C..., vingt-quatre ans, mariée, deux enfants. Dysménorrhée, rétroversion. Endométrite du col avec ulcération. Ovaire droit adhérent, augmenté de volume et facilement senti à travers le vagin.

Opération le 17 août 1887. Incision longitudinale du cul-de-sac postérieur. Ovaire droit quatre fois plus gros qu'à l'état normal ; on l'enlève malgré des adhérences qui saignent un peu ; l'ovaire gauche, légèrement augmenté de volume et adhérent, est également enlevé.

Drainage pendant trente-six heures.

OBSERVATION II

Byfford (*in* thèse Bonnecaze).

Kyste de l'ovaire

M^{me} M..., quarante-cinq ans. Un avortement il y a quatre

ans. Hémorragies, ulcération du col, utérus légèrement rétroverse. On sent une petite tumeur mobile dans le cul-de-sac postérieur.

Opération le 27 août 1887. Incision longitudinale sur le cul-de-sac postérieur; ablation de l'ovaire droit qui est de la grosseur d'un petit œuf.

OBSERVATION III

Byfford (*in* thèse Bonnecaze).

Kyste dermoïde.

M^{lle} R..., vierge, vingt-quatre ans. Douleurs dans le bas-ventre.

Opération le 30 octobre 1887. Incision longitudinale du cul-de-sac postérieur. Kyste dermoïde du volume d'une noix.

OBSERVATION IV

Byfford (*in* thèse Bonnecaze).

Ovaire kystique.

M^{me} J..., quarante-deux ans. Un enfant il y a seize ans. Douleurs dans le petit bassin. Utérus en rétroversion. Ovaire droit plus gros.

Opération. — Incision longitudinale, ablation de l'ovaire droit qui présentait un kyste contenant environ 28 grammes de liquide.

OBSERVATION V

Byfford (*in* thèse Bonnecaze).

Ovaire kystique.

M^{me} H..., vingt-deux ans, mariée. Un enfant il y a deux

ans et demi. Ovaire droit volumineux et prolabé dans le cul-de-sac postérieur.

Opération le 6 février 1888. Incision longitudinale du cul-de-sac postérieur. Ablation de l'ovaire kystique du volume d'un œuf de poule.

OBSERVATION VI

Byfford (*in* thèse Bonnecaze).

Ovaire kystique.

M^{me} E. D..., vingt-six ans, pas d'enfant. Une fausse couche. Utérus en rétroversion. Ovaire droit plus volumineux et prolabé dans le cul-de-sac de Douglas.

Incision longitudinale sur ce cul-de-sac et ablation de l'ovaire dégénéré.

OBSERVATION VII (Résumée)

Bouilly (*in* thèse Vallin, 1887).

Prolapsus de l'ovaire droit volumineux.

Castration unilatérale.

M^{me} X..., dix-neuf ans, bien constituée. Une fausse couche à quatre mois, il y a un an. Depuis lors, douleurs dans le ventre, surtout du côté droit, règles irrégulières.

Par le toucher vaginal : utérus en antéversion ; dans le cul-de-sac latéral droit, une grosseur lisse, séparée de l'utérus par un petit sillon occupant en même temps la partie droite du cul-de-sac postérieur, fixée en ce point.

On pense qu'il s'agit d'un ovaire malade, hypertrophique, tombé dans le cul-de-sac de Douglas.

Opération le 3 août 1887. Incision du vagin sur le col dans la moitié postérieure du col, ouverture du cul-de-sac péritonéal.

L'ovaire caché par un morceau d'épiploon sain est saisi avec une pince à mors plats et attiré lentement à l'extérieur. Une adhérence avec l'épiploon est facilement détachée avec le doigt.

L'ovaire est facilement attiré à la vulve, une grosse pince est placée sur le pédicule. Légère hémorragie due à la rupture de l'adhérence. Le pédicule est lié en deux parties par un gros fil de soie double réséqué et repoussé dans l'abdomen en

Tamponnement du vagin à la gaze iodoformée.

La malade part guérie le 2 septembre.

OBSERVATION VIII (Résumée)

Picque (*in* thèse Bonnecaze).

Dégénérescence kystique double des ovaires.

Double castration vaginale. Guérison.

Marguerite L... Cinq accouchements normaux. A l'examen, le ventre est souple, la palpitation ne permet de reconnaître aucune tumeur. Par le toucher vaginal, utérus normal; sur la face latérale droite, on sent une saillie bien mobile, disparaissant à la pression, et qui n'est autre chose que l'ovaire. En déprimant le cul-de-sac correspondant, on arrive à contourner nettement l'ovaire.

Du côté gauche, on sent dans le cul-de-sac l'ovaire augmenté de volume. On décide de pratiquer la double castration par la voie vaginale, le vagin présentant un grand degré de distension.

Opération. — Incision transversale du cul-de-sac pos-

térieur dans toute son étendue, le péritoine facilement abordé et sectionné est suturé par un fil de soie à la lèvre correspondante de l'incision vaginale. Avec deux doigts introduits dans l'orifice, on atteint facilement l'ovaire gauche qui est attiré à l'extérieur, saisi avec une longue pince courbe faisant office de clamp et lié avec la trompe par une ligature double en soie.

Le pédicule est touché au thermo-cautère, les fils sont coupés ; on procède de même à droite, où l'on trouve quelques adhérences assez résistantes.

Le cul-de-sac est laissé ouvert et non suturé. Une mèche de gaze iodoformée est placée entre les lèvres de la plaie.

L'opération a duré trente-cinq minutes. Guérison complète au huitième jour. La malade est revue très bien portante deux mois après.

OBSERVATION IX

Gersuny, de Vienne (in *Centralblatt für Chirurgie*,
n° 7 de 1894).

Kyste dermoïde.

Femme X..., trente-trois ans. Par le toucher vaginal, on sentait une tumeur dans le cul-de-sac postérieur.

Incision de la paroi postérieure du vagin ; ablation de la tumeur qui était un kyste dermoïde de l'ovaire.

OBSERVATION X

Lwoff (in *Gazette de Botkine*, n° 14 de 1895).

Kyste suppuré de l'ovaire gauche.

Il s'agissait d'un kyste de l'ovaire gauche dont la limite

supérieure dépassait l'ombilic, dont le pédicule s'était tordu, et dont le contenu avait suppuré.

Incision vaginale du kyste, avec suture des lèvres de la poche kystique à la plaie vaginale, et drainage.

Six semaines après l'opération, la malade était rétablie, et au bout de quatre mois d'observation, il ne restait plus de trace du kyste.

OBSERVATION XI

M. Jaboulay (in *Province médicale* 1895).

Kyste dermoïde.

Marie C..., dix-neuf ans, dévideuse, demeurant à Lyon, entrée à l'hôpital de la Croix-Rousse le 10 juin 1895.

Père et mère morts il y a quinze ans de tuberculose pulmonaire; une sœur actuellement tuberculeuse, une autre bien portante.

Elle n'a jamais joui d'une bonne santé; dès le jeune âge elle fut sujette à s'enrhumer facilement; à sept ans elle eut la scarlatine et consécutivement une adénite suppurée du cou qui fut opérée; à quatorze ans, pertes blanches; à quinze ans, apparition des règles qui ne furent jamais régulières, retardant d'un mois, de deux mois parfois.

Il y a sept mois, la malade, non mariée, accoucha à la Clinique de la Charité; deux mois avant elle s'était déjà fait examiner par M. Fochier, qui constata une tumeur péri-utérine et fut sur le point de provoquer l'accouchement à sept mois.

Les couches furent difficiles; forceps.

Depuis l'accouchement les pertes blanches augmentèrent de fréquence et d'abondance; exceptionnellement quelques pertes rouges en dehors des époques menstruelles; le volume

de la tumeur se mit à augmenter, si bien que la malade la percevait au-dessus du pubis à travers la paroi abdominale.

Actuellement la malade est pâle, anémiée, elle accuse des douleurs très vives dans le bas-ventre, la région utérine et péri-utérine ; pertes blanches quotidiennes et abondantes, douleurs intenses de la défécation, ténesme et faux besoins fréquents, pas de douleurs à la miction.

A l'examen de la région, la simple inspection n'éveille rien d'anormal ; la palpation superficielle provoque de la douleur dans la région utérine, surtout sur la ligne médiane.

La palpation profonde révèle l'existence d'une tumeur peu volumineuse située exactement sur la ligne médiane dans l'excavation, régulièrement lisse et molle. Pas de matité à la percussion. Le toucher immédiatement pratiqué donne des renseignements précieux. Le col utérin est très décliné ; dans le cul-de-sac postérieur on perçoit immédiatement une tuméfaction assez volumineuse, fortement saillante dans le vagin, elle n'empiète pas sur les culs-de-sac latéraux ; le cul-de-sac antérieur est normal. La tumeur est lisse, de consistance uniforme, plutôt molle que dure, elle paraît kystique et indépendante de l'utérus.

Le toucher et le palper combinés confirment absolument les renseignements précédents et permettent de comparer le volume de la tumeur à celui du poing.

En somme, tumeur molle, lisse, occupant exclusivement et comblant le cul-de-sac postérieur. Étant donné une pareille affection on décide une intervention par la voie vaginale.

Le 11 juin 1895, anesthésie à l'éther. M. Jaboulay sectionne au ciseau la muqueuse vaginale au niveau du cul-de-sac postérieur, puis le péritoine ; il s'écoule alors quelques gouttelettes de liquide blanchâtre, huileux, épais, ressemblant à de la matière sébacée. M. Jaboulay élargit l'orifice

avec les doigts, il s'écoule alors un flot de matières analogues.

Le doigt entre alors dans une cavité du volume d'une grosse orange et retire une touffe de poils assez longue pour faire issue en dehors de l'orifice vulvaire; il s'agit d'un kyste dermoïde de l'ovaire que M. Jaboulay tire hors du vagin, ainsi que la trompe correspondante. Il met deux pinces de Richelot sur le pédicule qu'il sectionne et laisse les pinces à demeure sous pansement.

Au bout de quarante-huit heures, ablation des pinces et huit jours après on supprime tout pansement

OBSERVATION XII

Bümm (de Bâle), in *Centralblatt für Gynäkologie*,
du 12 mars 1896, n° 12.

Kyste dermoïde de l'ovaire.

A. G..., trente-sept ans, mariée, cinq enfants.

Par le toucher vaginal, on sent dans le cul-de-sac de Douglas une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus; la ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz permet de recueillir un liquide gras, huileux, montrant qu'il s'agit d'un kyste dermoïde.

Opération le 12 mars 1895.

Ouverture transversale de la paroi postérieure du vagin, au moyen du thermo-cautère. Le péritoine ouvert est suturé aux lèvres de la plaie vaginale.

La tumeur mobile est saisie avec une pince de Museux; après ponction on aborde facilement le pédicule.

Ligature au catgut et section. On tamponne la cavité à la gaze iodoformée.

Guérison sans complications; la plus haute température

fut 37°6 ; trois jours après l'opération, on enlève le tampon et le quinzième jour, la malade quitte le service,

OBSERVATION XIII

Bümm (*id.*).

Gros kyste de l'ovaire.

W. S..., quinze ans et demi. Gros kyste de l'ovaire qui paraît latéral et mobile, remontant jusque dans l'hypocondre droit

Hymen sain, vagin étroit, utérus en rétroversion. Dans le cul-de-sac antérieur, on sent en combinant le palper abdominal au toucher vaginal un segment de la tumeur.

Le 10 décembre 1895, la malade est opérée.

Sur la paroi antérieure du vagin, on fait une incision parallèle au canal de l'urètre, se prolongeant jusqu'à la vessie, qui est refoulée en avant. Ouverture du péritoine du cul-de-sac antérieur.

Un fragment de la tumeur est aussitôt saisi par une pince de Museux. Ponction et abaissement faciles du kyste. Section du pédicule après ligature au catgut. L'utérus est fixé au vagin par deux fils de soie : l'incision vaginale est fermée au catgut.

La malade se lève sept jours après.

OBSERVATION XIV

Bümm (*id.*).

Kyste de l'ovaire.

M. A..., trente et un ans, trois enfants. Tumeur fluctuante de la grosseur d'une tête de fœtus, située derrière l'utérus

antifléchi : elle est immobile et surmonte la matrice de deux travers de doigts environ.

Opération le 12 décembre 1895. Ouverture transversale du cul-de-sac de Douglas au thermo-cautère. Fixation du péritoine au vagin par des fils de soie.

Le kyste est fortement adhérent ; la rupture des adhérences donne lieu à une hémorragie, heureusement de peu de durée.

Après avoir repoussé l'utérus et la vessie en avant pour se donner du jour, on peut détruire les adhérences très résistantes et décortiquer la tumeur. On laisse des pinces à demeure sur les points qui saignent après avoir enlevé le kyste.

Tamponnement à la gaze iodoformée.

Fièvre pendant les quatre premiers jours ; le cinquième jour l'ablation des pinces donne une abondante hémorragie qui s'arrête par le tamponnement à la gaze iodoformée.

La malade part guérie le 20 janvier.

OBSERVATION XV

Bümm (*id.*).

Dégénérescence kystique des deux ovaires.

N. K..., vingt-neuf ans, célibataire. Derrière l'utérus antifléchi, on sent deux tumeurs fluctuantes, de la grosseur d'une tête de fœtus : celle de droite, un peu plus haute remonte jusqu'à l'ombilic.

Opération le 21 janvier 1896.

A cause de la grande étroitesse de l'orifice vaginal, deux incisions latérales, ouverture de la paroi postérieure du vagin au thermo-cautère. Incision du péritoine,

On aperçoit la portion inférieure d'une des tumeurs ; celle-ci est saisie, ponctionnée et abaissée dans le vagin jusqu'à son pédicule.

Ligature et ablation.

On perçoit alors le deuxième kyste par le même orifice ; on l'enlève de même.

Pas d'hémorragie, tamponnement à la gaze iodoformée. Treize jours après la malade quitte la Clinique.

OBSERVATION XVI

Bümm (*id.*).

Gros kyste dermoïde de l'ovaire.

A. S..., vingt-huit ans. Tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte, située en avant de l'utérus en rétroflexion.

Opération le 5 février 1896. Incision longitudinale de la paroi antérieure du vagin. Après reculement de la vessie on trouve une déchirure de 2 centimètres de long sur la paroi vésicale ; on la suture avec un fil de catgut continu.

On ouvre alors le cul-de-sac antérieur.

Un segment de la tumeur qui n'adhère nulle part est aussitôt saisi dans les mors d'une pince.

Ponction au trocart, issue d'un liquide visqueux mêlé de poils.

Pendant cette ponction, la pince dérape, la tumeur disparaît et ne peut plus être saisie. On abandonne alors la voie vaginale et on fait la laparotomie.

Le kyste est alors lié et enlevé.

On éponge le liquide du kyste répandu dans la cavité péritonéale et on suture la paroi abdominale.

La plaie vaginale est fermée au catgut, sauf en un point où l'on introduit une mèche de gaze iodoformée.

L'ouverture abdominale montre que sans le dérapement inopiné de la pince, le kyste aurait pu être facilement enlevé par l'incision pratiquée sur le cul-de-sac antérieur.

OBSERVATION XVII

Martin (in *Berliner Klinische Worf*, 1896, n^{os} 1 et 2).

Kyste ovarique. Cœliotomie antérieure.

Femme X..., trente et un ans. Utérus fixé en rétroflexion.
Kyste de l'ovaire.

Cœliotomie antérieure. Section du pédicule et ablation du
kyste. Vagino-fixation.

OBSERVATION XVIII

Martin (*id.*)

Kyste ovarique. Cœliotomie antérieure.

Femme X..., trente ans. Endométrite. Kyste de l'ovaire
droit. Cœliotomie antérieure. Ablation du kyste. Vagino-
fixation.

OBSERVATION XIX

Martin (*id.*)

Kyste ovarique. Cœliotomie antérieure.

Femme X..., trente et un ans. Tumeur ovaire gauche.
Cœliotomie antérieure. Ovariectomie. Vagino-fixation.

OBSERVATION XX

Burrage (in *Boston medical and surgical journal*,
30 janvier 1896, n^o 5).

Petit kyste de l'ovaire. Cœliotomie postérieure.

Femme J. V..., mariée, trente-six ans. Un enfant il y a

peu de temps ; on fut obligé de lui mettre les fers, et à la suite, elle resta sept semaines au lit.

Depuis, elle a souffert d'une inflammation de la vessie. Diarrhée persistante.

Elle se plaint surtout d'une douleur aiguë dans la partie inférieure de l'abdomen ; les règles sont douloureuses et irrégulières, la malade a beaucoup maigri.

Vagin large et peu profond. L'ovaire gauche est prolabé profondément dans le cul-de-sac de Douglas et légèrement augmenté de volume ; l'ovaire droit est à peine perceptible, mais tous les deux sont sensibles à l'exploration.

¶ L'utérus est en bonne position ; il présente sur le col une déchirure latérale.

Opération le 22 août 1895. Curetage. Incision transversale sur le cul-de-sac postérieur ; ablation de la trompe et de l'ovaire gauche.

Le kyste enlevé avait un diamètre de 6 millimètres environ.

OBSERVATION XXI (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Dr Fabre.

Kyste séreux de l'ovaire droit.

Femme X..., entrée le 23 décembre 1895 à la Charité, dans le service de M. Fochier.

Réglée à dix-huit ans, toujours régulièrement, jusqu'au début de l'affection actuelle ; la malade a eu un enfant, il y a quatre ans, l'accouchement se fit normalement. L'enfant est bien portant. Il y a trois ans, elle eut un retard des règles de trois semaines ; puis elle fut prise d'une hémorragie assez notable ; le médecin appelé diagnostiqua une fausse-couche. Depuis ce moment, la menstruation a été continuellement troublée ; l'écoulement se fait irrégulièrement toutes les deux ou trois semaines, accompagné de douleurs.

La malade ressent en même temps de la pesanteur dans le bas-ventre, de la douleur pendant la marche et au moindre choc sur la région. Poussées alternatives d'amélioration et d'aggravation; leucorrhée intermittente, surtout abondante, il y a six mois.

La miction est peu troublée, cependant la malade éprouve un certain degré de cuisson en urinant; les besoins sont assez impérieux; les urines sont claires, pas de constipation.

Examen. — Par la palpation abdominale, on sent une collection, surtout à droite, remontant à trois travers de doigts de l'ombilic; elle est peu douloureuse.

Le toucher vaginal montre que le col est gros, l'utérus en antéversion est douloureux quand on atteint le fond de cet organe; il est de plus dévié à gauche et augmenté de volume.

En arrière, on sent une masse proéminente nettement dans le cul-de-sac droit, remontant jusqu'aux limites indiquées par le palper combiné au toucher; son volume est évalué à celui d'une tête de nouveau-né. A gauche, on perçoit une collection plus diffuse et moins considérable, aussi peu douloureuse. Par le rectum, on sent que la collection proémine en arrière et comprime notablement l'intestin; elle est donc facilement abordable par le vagin.

Opération le 2 janvier 1896. M. Fabre ponctionne la tumeur droite avec le trocart de M. Laroyenne; il élargit l'orifice de ponction et arrive à isoler la paroi du kyste des tissus voisins. La tumeur décortiquée, on l'attire dans le vagin, ainsi que la majeure partie de la trompe droite qui est un peu altérée. En examinant la pièce, on voit appendus de petits kystes minces; le kyste principal renfermait environ 200 grammes de liquide jaune citron. Le pédicule formé est saisi dans une pince laissée à demeure; la section porte sur le hile de l'ovaire.

Le toucher ne permet pas de reconnaître alors s'il existe une deuxième poche à gauche ou si la masse gauche perçue lors du premier examen dépendait du kyste enlevé.

Mèche de gaze iodoformée ; pas de tamponnement, car il n'y a pas d'hémorragie notable.

Deux mois après, la malade est revue bien portante.

OBSERVATION XXII (Inédite)

Due à l'obligeance de M. Condamin.

Petit kyste de l'ovaire. Cœliotomie postérieure.

Clémentine, entrée à la Charité, salle Sainte-Marie, le 5 octobre 1895.

La malade a vingt-trois ans, mariée. Elle a eu deux enfants qui sont morts, l'un de la coqueluche, l'autre de la dysenterie ; pas de fausse-couche.

Elle a eu la rougeole à cinq ans, la variole à dix ans, la chloro-anémie à seize ans.

Réglée à dix ans, ses règles ont toujours été régulières et non douloureuses ; abondantes, elles duraient en moyenne de quatre à cinq jours.

Quelques pertes blanches.

Depuis son retour de couches qui a eu lieu trois mois après son dernier accouchement qui remonte à sept mois c'est-à-dire depuis quatre mois, la malade se plaint de pertes rouges continuelles avec des intermittences de trois ou quatre jours. Ces pertes sont très abondantes.

Elle a eu aussi quelques légères coliques, mais peu de véritables douleurs ; un peu de névralgie lombaire.

Actuellement, la malade n'est pas constipée, la défécation n'est pas gênée ; la digestion se fait bien, l'appétit a toujours été assez bon ; mais par contre elle se plaint de troubles

vésicaux ; elle éprouve une véritable gêne au moment de la miction , il y a dysurie.

Par le toucher bimanuel, on sent dans le cul-de-sac latéral gauche une tumeur lisse, nettement fluctuante, qui paraît être en avant de la vessie.

Cette tumeur, du volume d'une orange, est très mobile.

Opération le 8 novembre 1895. M. Condamin ouvre le cul-de-sac postérieur avec des ciseaux. Le kyste mobilisé est amené en arrière. On sent la trompe gauche qui lui adhère. On met une pince à demeure sur le pédicule, et on enlève le kyste.

Pas d'hémorragie, pas de suture; on introduit dans la cavité une éponge enduite de pétrovasoline iodoformée.

Le 21 novembre 1895, la malade va bien; elle reste levée presque toute la journée et demande son exeat.

OBSERVATION XXIII (Inédite)

Due à l'obligeance de M. Condamin.

Petit kyste de l'ovaire.— Cœliotomie antérieure.

Jeanne. , trente-deux ans, ménagère, entrée à la Charité, salle Sainte-Marie, le 19 mai 1896.

La malade a eu quatre enfants ; les trois premiers accouchements se sont bien passés, mais pour le quatrième on dut faire la version, il y a quatre mois environ. Depuis lors, elle a toujours souffert du ventre ; ses règles sont revenues le 25 avril dernier. Au moment de son dernier accouchement, on n'aperçut rien d'anormal du côté de son ovaire.

Il y a deux mois, elle commença à avoir des maux de reins, accompagnés de vomissements et de coliques ; au bout de quelques jours de traitement, son état s'améliora un peu,

mais comme elle souffrait toujours, son médecin la décida à venir à Lyon.

Actuellement, elle se plaint de douleurs assez vives, elle ne peut faire aucun travail sérieux ou pénible : elle n'a plus de pertes blanches, mais jusqu'à ces derniers jours celles-ci étaient fréquentes et abondantes ; elle n'a jamais eu de pertes rouges. La malade nous raconte qu'elle est dans cet état depuis sa dernière couche, qui avons-nous dit fut très laborieuse et que, jusque-là, elle ne s'était aperçu de rien du côté de son ventre.

Par le toucher bimanuel, on trouve dans la région de l'ovaire gauche une petite tumeur, ayant la consistance d'un kyste, rénitent et nullement douloureux. Il est facile de mobiliser cette tumeur sur les parties voisines, elle a à peu près la grosseur d'un œuf.

On ne trouve rien d'anormal du côté des annexes droites ; la pression du cul-de-sac de Douglas n'est pas douloureuse.

Opération le 29 mai. — La malade est endormie à l'éther-asepsie rigoureuse de la région.

M. Condamin attire le col avec une pince de Museux et incise transversalement, suivant le procédé de Dufrosen, la paroi vaginale du cul-de-sac antérieur, au niveau de son insertion sur le col utérin. Ceci fait, il décolle la portion visico-vaginale et pousse le décollement un peu à gauche jusqu'à ce qu'il sente nettement le kyste. A ce moment M. Condamin ponctionne le kyste avec un trocart fin et celui-ci se vide parfaitement. Le liquide qui s'écoule est séreux, clair, un peu filant. On saisit l'orifice de ponction avec une pince en cœur et on attire la paroi du kyste. Avec le doigt introduit dans la plaie, il est facile de décortiquer la tumeur, qui ne présente d'ailleurs pas d'adhérences et le kyste sort en entier par l'incision faite sur le cul-de-sac antérieur.

Un fil de soie, en 8, est placé sur le pédicule qui est alors sectionné.

L'examen de la pièce montre que la poche kystique est complète et du volume d'une orange. L'ovaire gauche renferme un petit kyste en miniature; on a également sectionné une partie de la trompe.

Pas d'hémorragie: on introduit dans la cavité une éponge imbibée de pétrovaseline iodoformée; pas de suture.

Le 30 mai on enlève l'éponge, on la remplace par une imèche de gaze iodoformée.

La malade part guérie le 7 juin 1896.

OBSERVATION XXIV (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. Denis, interne de la Maternité.)

Petit kyste de l'ovaire droit.

X... La malade a eu un avortement, il y a onze mois; depuis huit mois elle éprouve continuellement des douleurs dans le ventre et les lombes, mais depuis un mois surtout ces douleurs sont très vives. Par le toucher vaginal on constate une annexite bilatérale, marquée surtout à gauche où l'on sent un cordon dur déprimant le cul-de-sac latéral.

Opération le 27 juin. — Incision transversale sur le cul-de-sac postérieur: à droite on enlève une trompe à peu près saine à laquelle est appendue une tumeur liquide ovarique contenant un liquide clair, le kyste est du volume d'une petite orange. La trompe gauche, est également enlevée par la même voie.

CONCLUSIONS

I. De ces faits, il nous semble résulter que l'ovariotomie vaginale peut être employée avec succès et avantage dans les cas de petits kystes de l'ovaire.

II. Elle n'a pas la gravité de la laparotomie.

III. Elle n'expose pas comme cette dernière opération, les malades à l'occlusion intestinale et à la hernie ventrale.

IV. Aussi radicale que la laparotomie, elle ne présente aucun de ses inconvénients.

V. Enfin, grâce aux modifications heureuses apportées au manuel opératoire, par les chirurgiens allemands, l'ovariotomie vaginale devient facile et sûre et on peut la considérer comme appelée à donner d'excellents résultats dans l'avenir.

VI. Malgré ses avantages, cette méthode reste forcément limitée en raison des conditions indispensables à son application.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LAROYENNE.

Vu, bon à imprimer :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- Bümm, Centralblatt für Gynäkologie (n° 12, 1896).
- Overthün, Hernie ventrale, suite de laparatomie (Thèse de Bonn, 1894).
- Le Bec, Suites éloignées de l'ovariotomie (Archives générales de médecine, t. I, p. 663, 1882).
- Martinetti, Centralblatt für Gynäkologie (n° 39, 1888).
- Chrobak, Centralblatt für Gynäkologie (n° 39, 1888).
- Martin, Ueber die Colpotomia anterior und ihre Erfolge (Berliner klinische Woch. n°s 1 et 2, 1896).
- Burrage, Boston medical and Surg. Journal (n° 5, 30 janvier, 1896).
- Lindenmann, Berliner klinische Woch. (27 juin, 1892).
- Adenot, Des occlusions intestinales après Lapar. (Gazette hebdomadaire de Paris, 1894).
- Bonavita, Pathogénie et traitement des éventrations post-opératoires (Thèse de Lyon, 1895).
- Tuja, Thèse Lyon, 1895.
- Goldsmith, Corresp. Blatt. für Schweiz Aerzte (15 oct., 1892).
- Lwoff, Gazette de Botkine (n° 14, 1895).
- Segond, Congrès de Chirurgie (Lyon, 1894).

Bonnecaze, Valeur et indications de l'incision vaginale appliquée
à l'ablation de certaines petites tumeurs de l'ovaire et de la
trompe (Thèse de Paris, 1889).

Vallin, Thèse de Paris, 1887.

Gilmore, New-Orleans and Surg. Journal, nov. 1873.

Byford, Amer. Journal of obstetries, avril, 1888.

Gaillard Thomas, Maladies des femmes.

Hegar et Kaltenbach, Chirurgie opératoire.

Kœberlè, Ovariectomie, Dict. Dechambre.

TABLE

Introduction	5
Historique.	9
Objections et discussion	13
Avantages.	20
Diagnostic.	27
Manuel opératoire	30
Observations.	36
Conclusions	55
Bibliographie	57

